



Institución: _____ Dirección: _____

Nombre del Preso: _____ Número del Preso: _____

Lea Cuidadosamente:

Todas las preguntas deben responderse bajo pena de perjurio de conformidad con M.G.L 127 § 36. Cualquier omisión o falsificación se considerara desaprobación suficiente para visitas. Complete todos los espacios y proporcione una identificación fotografía actual con la solicitud o no será procesada. Devuelva esta solicitud al superintendente de la institución mencionada anteriormente.

Para que esta solicitud sea procesada, debes estar actualmente en el Listado de Visitantes de Preso sometido por en ofensor.

Nombre: _____
Apellido Primer Segundo Nombre

Nombre de soltera de madre:: _____
Apellido Primer Segundo Nombre

Nombre de padre: _____
Apellido Primer Segundo Nombre

Nombre previo/Alias: _____
Apellido Primer Segundo Nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Numero de Teléfono: _____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
City State

ID/Información de Licencia de Manejar: _____
(Estado) (Numero)

Relación con el Preso: _____
(i.e. Esposa, Hijo, Hija, etc.)

¿Estas actualmente en una lista de visitante de un preso encarcelado en el Departamento de Corrección de Massachusetts? Sí No

En caso afirmativo, como si llama: _____ Numero: _____ Relación: _____

¿Alguna vez has sido condenado por un delito grave? Si No En caso afirmativo, por favor llenar la información a continuación:

OFENSA(S)

Fecha de Condena	Tribunal	Cargo(s)	Disposición*

*Disposición debe incluir el periodo de tiempo de sentencia, libertad condicional, presentada, despedida, etc.

Fecha de lanzamiento de la más reciente:

Encarcelación: _____ (Institución específica) _____

Libertad Bajo Palabra: _____ Libertad Condicional: _____

NOTA:

Si actualmente se encuentra en libertad bajo palabra o libertad condicional, debes incluir una carta de su supervisor verificando que visitando una institución correccional no es una violación de su libertad bajo palabra/ libertad condicional.

¿Es esta solicitud parte del Programa de Reingreso de Ofensor? Si No En caso afirmativo, cual programa: _____

¿Eres actualmente o has sido en el pasado un empleado, contratista, interno o voluntario del Departamento de Corrección de Massachusetts o cualquier Institución Correccional del Condado?

Si No En caso afirmativo, cuando y donde: _____

¿Has sido la víctima o has sido en el pasado una víctima, miembro familiar de una víctima o registrado en el Sistema Historia de Crimen para recibir notificaciones relacionadas al ofensor que Ud. solicita visitar o cualquier preso actualmente en custodia?

Si No En caso afirmativo, quien y cuando: _____

¿Ud. actualmente tiene una orden de restricción/protección en contra de este preso? Yes No

¿El preso actualmente tiene una orden de restricción/protección en contra de Ud.? Yes No

NOTA: Si está obligado a mantener medicamentos que salvan vidas (nitroglicerina, inhaladores, y tabletas de glucosa) en su persona o actualmente tiene una condición medica que lo requiere ingresar con un dispositivo médico o que previene la búsqueda de un detector de metales, por favor envíe su documentación medica con esta Solicitud de Visitante.

Su Firma: _____

Fecha: _____

Correo Electrónico: _____ Acepto ser notificado por correo electrónico: Yes No

Aprobado: Negado:

Superintendente
/Designado: _____

Fecha: _____

Firma